

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 823.544.565-49				
Cadastro 248	Nome do Funcionário LEANDRO SAMPAIO SANTANA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro		Data Admissão:		11/02/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	29 Dias	3.256,33			
18	P.L.R		250,00			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	1 Dia	112,29			
35	Horas Extras 50% Diurnas	049:42 hs	1.532,24			
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:80 hs	363,81			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	002:52 hs	11,56			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	017:63 hs	364,63			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
78	Quinquênio	5,00 %	168,43			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		123,81		
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67		
Continua...		Total				
		Total Líquido				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 823.544.565-49				
Cadastro 248	Nome do Funcionário LEANDRO SAMPAIO SANTANA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro		Data Admissão:		11/02/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1447	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		201,83		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33			
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	442,92			
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1861	Prêmio por desempenho		788,44			
1863	Premiação SASCAR		336,00			
1920	IRRF	27,50 %		531,91		
1950	INSS	14,00 %		764,36		
		Total		3.794,42		
		Total Líquido		4.399,90		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	6.819,88	6.819,88	545,59	5.238,69	27,50	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 823.544.565-49				
Cadastro 248	Nome do Funcionário LEANDRO SAMPAIO SANTANA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro		Data Admissão:		11/02/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1	Salario Base	29 Dias	3.256,33			
18	P.L.R		250,00			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	1 Dia	112,29			
35	Horas Extras 50% Diurnas	049:42 hs	1.532,24			
49	Horas Extras 100% Diurnas	008:80 hs	363,81			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	002:52 hs	11,56			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	017:63 hs	364,63			
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59			
78	Quinquênio	5,00 %	168,43			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68		
1445	Plano de Saude/Odontologico					
	1 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		123,81		
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27		
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67		
Continua...		Total				
		Total Líquido				
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 823.544.565-49				
Cadastro 248	Nome do Funcionário LEANDRO SAMPAIO SANTANA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro		Data Admissão:		11/02/2019		
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos		
1447	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89		
	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto					
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		201,83		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33			
	2 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	3 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	442,92			
	4 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64			
1861	Prêmio por desempenho		788,44			
1863	Premiação SASCAR		336,00			
1920	IRRF	27,50 %		531,91		
1950	INSS	14,00 %		764,36		
		Total		8.194,32		3.794,42
		Total Líquido		4.399,90		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62	6.819,88	6.819,88	545,59	5.238,69	27,50	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____